



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA BLANSKO, SALMOVA 17

678 01 Blansko, tel.: 516 499 551, e-mail: info@zssalmova.cz, IČ: 49464213

PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ: VYJÁDRĚNÍ LÉKAŘE KE ZDRAVOTNÍMU STAVU DÍTĚTE

Jméno:	
Příjmení:	
Datum narození:	

1) Dítě se podrobilo všem stanoveným pravidelným očkováním podle zákona o ochraně veřejného zdraví dle ustanovení § 50 zákona č. 258/2000 Sb.	Ano Ne (zakroužkujte)
2) Jsou odchylky v psychomotorickém vývoji dítěte, popřípadě jaké?	Ano Ne
3) Trpí dítě chronickým onemocněním, popřípadě jakým?	Ano Ne
4) Bere dítě pravidelně léky, popřípadě jaké?	Ano Ne

Jiná sdělení lékaře:

--

DOPORUČUJI – NEDOPORUČUJI

PŘIJETÍ DÍTĚTE K PŘEDŠKOLNÍMU VZDĚLÁVÁNÍ V MATEŘSKÉ ŠKOLE.

DATUM:

RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE: